

ANNÉE 1933

N°

524

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

HASCAL Aizic

Né le 10 Octobre 1905, à Botosani (Roumanie)

**Etude sur les Facteurs de l'évolution
de la Nosologie**

(Maladies éteintes et Maladies nouvelles)

Président de Thèse : M. TANON, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, RUE CUJAS
PARIS

—
1933

56

ANNÉE 1933

N°

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR
HASCAL Aizic

Né le 10 Octobre 1905, à Botosani (Roumanie)

**Etude sur les Facteurs de l'évolution
de la Nosologie**

(Maladies éteintes et Maladies nouvelles)

Président de Thèse : M. TANON, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, RUE CUJAS
PARIS

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... G. ROUSSY

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LCÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologie.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LÉON BERNARD.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCCQ.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	GIROUD.
Histologie	DE GAUDART D'ALLAINES
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie médicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie chirurgicale.....	VALLÉRY-RADOT.
Ophtalmologie	(Pasteur).
	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Obstétrique	VAUDESCAL.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique médicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Modeste hommage d'amour filial.

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

*Vive reconnaissance pour l'aide
et les conseils qu'ils m'ont pro-
digués.*

AUX MIENS, A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR TANON

PROFESSEUR D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE PRÉVENTIVE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEUR A L'INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE
ET A L'INSTITUT SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage respectueux de reconnaissance pour l'honneur qu'il m'a fait de bien vouloir présider cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Les anciens se représentaient le monde comme un ensemble immuable qui ne se modifie que dans ses détails et toujours d'une façon provisoire. Il n'est donc pas étonnant que la possibilité de l'extinction ou de l'apparition d'une maladie n'ait guère été envisagée qu'à des époques relativement récentes. Le seul auteur ancien qui en ferait mention est Plutarque : « Le changement de la façon de vivre est suffisante cause pour pouvoir engendrer des maladies » dit-il, sans d'ailleurs insister sur la question.

Ce n'est qu'au début du siècle dernier que le principe de l'évolution est apparu comme dominant tout le monde vivant et même celui de l'univers. A ce moment-là on a commencé à discuter de l'extinction et de l'apparition des maladies. Il a paru dès le début évident que la nosologie se remanie sans cesse et qu'il y a des maladies qui meurent et d'autres qui naissent, grâce à un ensemble des facteurs externes et internes encore fort imparfaitement connus.

Il nous a semblé que les diverses causes *réelles* et *apparentes* qui président à ces remaniements des maladies n'ont été que fort superficiellement analysés

jusqu'ici. Nous n'avons pu trouver dans la littérature aucun travail d'ensemble moderne sur cette question qui nous paraît cependant avoir une importance non seulement théorique et historique, mais qui éclaire également certaines préoccupations de l'*hygiène*.

Le dernier travail d'ensemble est celui d'Anglada, datant de 1869, donc d'avant l'ère pastorienne et dont la notion d'infection fait complètement défaut. Cependant, à en croire les travaux récents de Ch. Nicolle, la notion d'évolutivité historique intervient surtout dans la pathologie infectieuse.

Notre but dans ce travail n'est point de faire œuvre d'historien, en discutant l'ancienneté de telles maladies réputées récentes et en évoquant le souvenir des maladies défuntes. Le passé ne nous servira que dans la mesure où il peut aider à comprendre le présent et surtout l'avenir. Nous analyserons les facteurs qui modifient l'aspect de la pathologie d'une façon pour ainsi dire incessante et dont le plus important est précisément la variabilité de la *notion de la maladie*. En cherchant des exemples de maladies disparues, de maladies nouvelles et de maladies modifiées, nous tenterons de préciser les causes de ces changements. Nous ne prétendons nullement les élucider toutes. Certaines de ces causes ne pourront être connues que le jour où les pathogénies des maladies auront perdu leur mystère. Nous insistons en particulier sur la *valeur de l'effort humain* vis-à-vis des forces aveugles de la nature. L'hygiène moderne se propose comme but lointain de débarrasser l'humanité des maladies.

Il importe donc, à la lumière des exemples historiques, de montrer la possibilité ou l'absurdité d'une telle entreprise. Il faut se dire et le répéter que les possibilités de l'hygiène sont illimitées. Nous verrons que les moyens imparfaits des anciens ont abouti à des résultats surprenants. Que ne pourrions-nous espérer alors, fort des acquisitions d'une science toute nouvelle.

*
**

Le plan de notre travail est le suivant :

I. Les diverses conceptions de la maladie.

II. Maladies éteintes.

III. Maladies nouvelles.

IV. Maladies modifiées.

V. Les facteurs de l'évolution historique.

VI. L'effort humain et la nature.

CHAPITRE PREMIER

LES DIVERSES CONCEPTIONS DE LA MALADIE

Depuis les débuts de la médecine, la notion de maladie a dû subir de nombreuses modifications. Nous ne pouvons étudier ici toutes les théories émises à ce sujet; elles n'ont d'ailleurs pour la plupart aucun intérêt. Les interprétations des médecins et des philosophes anciens ne peuvent se maintenir à la lumière de la biologie moderne; d'autre part, actuellement on s'occupe fort peu d'idées générales et la plupart des médecins ne se sont même pas demandés ce que représente la maladie au point de vue scientifique et philosophique. Certes, cela ne les empêche pas de soigner convenablement leurs malades; la compréhension des maladies aiderait néanmoins à entrevoir les différences de nature qui existent entre elles. Pour notre travail, il est indispensable de discuter avant tout la notion de maladie sous tous ses aspects.

On peut très schématiquement distinguer plusieurs étapes dans l'évolution des idées médicales. En réalité ces étapes s'intriquent et se suivent sans démarcation nette. Actuellement encore, quoique nous soyons fixés sur la nature d'un assez grand nombre de maladies, certaines d'entre elles ne nous apparaissent pas plus clairement qu'aux contemporains d'Hippocrate.

La première étape de la médecine est *l'étape mystique*. Les maladies sont dues à l'intervention des divinités, des esprits, des démons, du diable, etc... Le malade est considéré comme un possédé du démon, comme puni de Dieu, et les thérapeutiques opposées aux maladies consistent en incantations, en exorcismes ou tout au plus en applications de plantes ou de pierres ayant une vertu magique. N'oublions pas que cette médecine magique a introduit dans la thérapeutique des médicaments qui sont encore actuellement utilisés et dont on connaît les substances actives. Elle a été en somme à la médecine scientifique, ce qu'a été l'alchimie à la chimie moderne.

Dans une deuxième étape, inaugurée par Hippocrate, la médecine a été essentiellement *clinique*. Toutes les notions concernant la nature des maladies ont été puisées dans l'observation clinique de celles-ci. On savait ainsi que certaines d'entre elles sont épidémiques ou simplement contagieuses; les unes aiguës, les autres chroniques, etc. On trouve dans les ouvrages hippocratiques une conception générale de la maladie qui reste encore vraie pour beaucoup d'entre elles : la maladie est la *réaction* de l'organisme contre tout

ce qui trouble son fonctionnement. L'étape clinique de la médecine comprend toute l'Antiquité, le Moyen-Age, la Renaissance et les temps modernes jusque vers le XVIII^e siècle. Malgré un grand nombre de théories pathogéniques générales et partielles qui ont été proposées, c'est encore l'esprit clinique qui préside à la classification et à la compréhension des maladies. On décrit des fièvres, des inflammations, des tumeurs, des douleurs, des paralysies, etc... chacune avec des variétés innombrables, sans chercher la cause profonde de chacune de ces manifestations. Il s'agit en somme d'une science descriptive, d'une sorte d'histoire naturelle de la maladie.

Le premier pas vers la médecine moderne a été franchi grâce à la méthode *anatomo-clinique*, inaugurée par Morgagni et portée à son plus haut degré par Laënnec. La nouvelle conception de la maladie qui est née de cette méthode découle de faits scientifiques et reste partiellement vraie. En comparant l'aspect clinique des maladies avec les *lésions* anatomiques, on arrive à une conception organiciste : chaque maladie correspond à une altération organique permanente. Nous ne voulons nullement nier les immenses services que la méthode anatomo-clinique a rendu à la médecine, nous nous bornons simplement à en montrer les lacunes au point de vue d'une conception générale de la maladie. On ne peut considérer la lésion comme la cause même de la maladie; elle n'en est que la manifestation au même titre que la symptomatologie clinique.

C'est à l'étape *étiologique* qu'il appartient de chercher la cause commune qui détermine à la fois le syndrome clinique et la lésion organique. Nous savons qu'à la lumière des doctrines pastoriennes le problème étiologique fut résolu pour un certain nombre de maladies et non des moins importantes : les maladies infectieuses. Malheureusement, tout comme l'étape anatomo-clinique, l'étape étiologique est en défaut aussi bien en étendue qu'en profondeur. Elle est en défaut en étendue car elle n'explique pas toutes les maladies. Nous avons vu que les progrès rapides de la microbiologie permirent d'identifier l'agent pathogène d'un grand nombre de maladies. Cependant, on s'est rapidement aperçu que toutes les maladies n'étaient pas d'origine microbienne et à défaut de cette origine on a cherché une intoxication. Nous savons maintenant que cette explication ne vaut que pour quelques maladies et même pour la majorité de ces dernières, l'intoxication n'explique pas tout. Malgré la doctrine de l'étiologie toxi-infectieuse est surtout en défaut en profondeur. De l'agent pathogène (microbien ou non) jusqu'à la lésion et la maladie, on est enveloppé d'obscurités. Comment tel agent détermine telle maladie et non pas telle autre; pourquoi certain microbe ou certain poison est pathogène pour les uns et pas du tout pour les autres, et une foule d'autres problèmes importants restent dans l'ombre.

L'étape *pathogénique* qui commence seulement à s'épanouir se propose comme but d'étudier avant tout l'organisme malade sous l'influence de l'agent patho-

gène. On revient donc à la conception hippocratique de la maladie-réaction de l'organisme. En face de la doctrine pastorienne de l'agent pathogène, on tend à faire valoir les idées de Claude Bernard concernant le terrain. Il y a plus. On s'aperçoit qu'un grand nombre de maladies n'ont pas de lésions et que la méthode anatomo-clinique ne pourra jamais éclairer leur nature. On assiste donc à la naissance de toute une nouvelle pathologie *fonctionnelle* dans l'étude de laquelle le tube à essai domine le microscope. On s'intéresse également aux processus fonctionnels dans les maladies à lésions.

Dans tout cela, en tant qu'idées, il n'y a rien de nouveau. Le ^{xvii}^e et ^{xviii}^e siècles ont connu un humorisme médical avec Van Helmont et Boerhave comme promoteurs. Au début du siècle dernier, Broussais a soutenu que toute maladie est une perturbation fonctionnelle en plus ou en moins, mais il ne s'agissait là que de théories sans aucune base scientifique. Il en est tout autrement de la pathologie humorale et fonctionnelle actuelle, basée sur des connaissances physiologique est physico-chimiques incontestables et dont la thèse de Jacoud rappelle l'importance. Il nous a fallu connaître les sécrétions internes et le fonctionnement du système nerveux pour pouvoir créer cette pathologie toute en nuances.

Dans toute maladie, il y a donc deux facteurs primordiaux : la cause morbifique externe ou interne d'une part, l'organisme qui en est atteint d'autre part. Un des attributs de la vie semble être l'harmonie dans les rapports entre l'être vivant et son milieu. Cette harmonie est rompue dans la maladie. Sa rupture peut être incompatible avec la vie et aboutit alors à la mort; elle peut être rétablie spontanément ou grâce à un effort thérapeutique, mais il est également possible qu'un nouvel équilibre s'établisse plus ou moins précaire, permettant la vie dans des conditions différentes.

Au point de vue de la cause de la maladie, les unes peuvent être considérées comme des accidents venant complètement de l'extérieur, tandis que les autres sont nées avec l'individu et lui sont indissolublement liées. Entre ces deux extrêmes se trouvent une série de causes dues à la manière de vivre de l'individu, de la société, de l'époque, etc.



Après ce long préambule, nous en arrivons enfin à notre sujet; la variabilité des maladies. Puisque l'existence, l'aspect, l'évolution et jusque la thérapeutique des maladies dépend de certains facteurs, il nous paraît évident que toute modification de ces facteurs va modifier la maladie. Dans un des chapitres suivants nous étudierons la variabilité de ces facteurs. En attendant, nous éclairerons la question à l'aide d'une

comparaison simpliste. Les plaies de guerre ne sont plus les mêmes actuellement qu'il y a quelques siècles : les armes à feu ne déterminent pas les mêmes lésions que les armes blanches utilisées autrefois. Il y a donc là un changement manifeste dû à une cause facile à concevoir. Les choses se passent de la même façon dans la pathologie non traumatique, quoique elles soient beaucoup plus complexes.

Avant d'étudier les facteurs des remaniements de la nosologie nous donnerons quelques exemples de maladie éteinte, nouvelle ou modifiée.

CHAPITRE II

MALADIES ETEINTES

Lorsqu'on veut identifier les maladies décrites par les anciens avec celles que nous connaissons aujourd'hui, on rencontre des difficultés insurmontables. Lorsque la maladie a été décrite par un Hippocrate ou l'un des grands médecins de l'Antiquité ou du Moyen Age, la chose est encore possible car, le plus souvent, la description est impeccable, mais lorsqu'il s'agit de médecins de second ordre ou d'écrivains non médecins, on se perd dans un mélange de fable et de philosophie inextricable.

Ainsi, l'histoire des grandes épidémies du passé est encore actuellement entourée de mystère. Le terme *peste* (*pestis* en latin), est un terme générique désignant toutes les épidémies graves et meurtrières. Ainsi, la grande épidémie d'Athènes au iv^e siècle avant notre ère, l'épidémie de Florence et la peste noire du xiv^e siècle ne sont guère identifiées d'une façon certaine, malgré des témoignages tels que celui de Thucydide ou de Boccace. S'agit-il de maladies

disparues ou bien d'affections dont nous éprouvons actuellement les ravages? Nous verrons que la peste proprement dite n'existe en Europe que depuis le vi^e siècle de notre ère et qu'elle a été toujours distinguée sous le nom de fièvre inguinale ou bubonique.

Nous n'insistons ici que sur quelques maladies qui sinon complètement éteintes actuellement en Europe, — sont devenues tout au moins absolument exceptionnelles après avoir été extrêmement répandues.

Nous possédons des documents relativement précis sur une série d'épidémies ayant sévi à Paris en 945, en 1041, en 1129, etc., et qui a été signalée la dernière fois en 1828. Elle a toujours frappé toute la population, se manifestant par une douleur intolérable des extrémités avec arrêt de la circulation aboutissant à la gangrène. Ces épidémies de *mal des ardents*, d'*ignis sacer* ont pu durer plusieurs semaines et céder brusquement. Ainsi, en 1129, les reliques de Sainte-Geneviève ont opéré le miracle de libérer le peuple de Paris du mal des ardents. Nous ne sommes pas encore fixés actuellement sur la nature de cette maladie. S'agit-il de l'acrodynie dont on connaît quelques cas sporadiques, considérés actuellement comme des raretés ou bien est-ce une intoxication massive par l'ergot de seigle? Somme toute, il peut s'agir d'une maladie infectieuse à virus neurotrope, d'une carence (telles sont les hypothèses concernant la pathogénie de l'acrodynie) ou bien d'une intoxication.

Très semblable est l'histoire du scorbut. Il n'a été décrit qu'au xvii^e siècle, mais à ce moment-là il jouit

d'une telle « vogue » que Malbranche a pu écrire : « Tout le monde voulait avoir le scorbut. On le voyait partout... » C'est un phénomène sur lequel nous reviendrons encore : une maladie nouvelle semble plus répandue qu'elle n'est en réalité car « on la voit partout ». Or, la cause du scorbut, tout au moins dans ses grandes lignes, fut assez rapidement découverte et, actuellement, il constitue une rareté. Contrairement à la disparition spontanée du mal des ardents, la régression du scorbut est due à l'effort humain, comme d'ailleurs sa naissance était due à des conditions d'alimentation toutes artificielles. Néanmoins, on peut considérer l'extinction du scorbut comme une des premières victoires de l'hygiène.

Encore plus curieux est à considérer le cas de la *lèpre* en France. Elle y existait vraisemblablement dès le ^{vii}^e siècle (Jeanselme), mais elle ne se répandit qu'à la suite des Croisades. Au ^{xiii}^e siècle il y eut en France 2.000 léproseries; le nombre de celles-ci dans toute l'Europe est estimé à 19.000. D'après le nombre de ces établissements on peut avoir une idée approximative du nombre des lépreux ou étiquetés tels. Or, au ^{xvii}^e siècle, voilà ce qu'en dit Guy Patin : « Actuellement, nous ne voyons ici aucun ladre, si ce n'est à l'égard de l'esprit ou de la bourse ». D'ailleurs, ce même auteur met presque en doute l'existence passée de la lèpre en France : « Autrefois, on prenait pour ladres, des vérolés que l'ignorance des médecins et la barbarie des siècles passés faisaient prendre pour tels. » La critique présentée de cette façon est certai-

nement exagérée puisque la syphilis n'existe en Europe que depuis la fin du xv^e siècle, mais il est certain que le nombre de malades considérés comme des lépreux étaient en réalité atteints de maladies cutanées quelconques. Il n'en est pas moins vrai que la lèpre ayant existé en Europe, d'une façon certaine, en a aujourd'hui presque entièrement disparu. Lorsqu'on connaît la nature de cette maladie, sa tenacité, son extrême contagiosité, on ne peut guère supposer que cette disparition fut spontanée. La terreur que la lèpre inspirait au peuple et les procédés d'isolement quelque rudimentaires qu'ils fussent y ont certainement contribué.



La liste des maladies disparues ou en voie de disparition grâce à l'effort humain comprend encore la *variole* dont les épidémies décimaient le monde pendant de nombreux siècles. On doit y ranger également la pourriture d'hôpital et autres affections à anaérobies. Nous ne parlerons pas des intoxications professionnelles qu'une hygiène rationnelle fait disparaître facilement. Ainsi, le saturnisme, naguère si répandu, n'existe pratiquement plus.

En face de cette liste qui ne fera que s'accroître se dresse une autre comprenant des cas énigmatiques : celles des maladies disparues spontanément.

Nous avons vu le mal des ardents, ajoutons-y les diverses épidémies de *suette anglaise* du xv^e siècle

dont nous ne trouvons pas aujourd'hui l'équivalent. Mentionnons la *chlorose* qui, après avoir été une maladie « à la mode », est aujourd'hui rare. Si l'on n'avait pas l'autorité des grands cliniciens du siècle dernier, on douterait volontiers de son existence. Nous ne ferons que mentionner également les grandes épidémies de délire collectif dans lesquelles l'imitation semble avoir joué un rôle plus important que la véritable contagion.

CHAPITRE III

MALADIES NOUVELLES

La possibilité de maladies nouvelles est un fait indiscutable. Dans un ouvrage récent, Ch. Nicolle montre que la science bactériologique moderne depuis Pasteur, est capable d'exalter la virulence des microbes jusqu'alors inoffensifs ou inadaptés à certaines espèces animales, de manière à produire des infections nouvelles. La chimie moderne produit constamment de nouveaux corps toxiques capables de produire des empoisonnements inédits. Les conditions de vie sans cesse se modifiant nous mettent dans des conditions de plus ou moins grande réceptivité vis-à-vis des maladies et peuvent, comme l'a déjà remarqué Plutarque, produire de nouvelles maladies.

La possibilité théorique admise, nous allons examiner si, en pratique, les maladies nouvelles sont fréquentes. Si nous comparons des descriptions nosologiques aussi complètes que la collection hippocratique avec nos pathologies actuelles, il est impossible de ne pas s'apercevoir que nombre de maladies ac-

tuellement très connues et très répandues n'ont pas été décrites par les anciens.

Dans le domaine des *maladies infectieuses*, on ignorait ainsi la peste, le choléra, la variole, la rougeole, la scarlatine, la varicelle, la diphtérie, la grippe, etc. Nous connaissons assez exactement la date de la première description de ces maladies. La peste bubonique, la variole et la rougeole ne seraient apparues en Europe qu'au ix^e siècle, lequel est particulièrement connu dans l'histoire comme ayant vu déferler de nombreuses et graves épidémies. La première description de la scarlatine date de 1553 et est due à Ingrassias, mais elle n'a été étudiée en détail que par Sydenham, au xvii^e siècle. Le choléra n'a fait son apparition en Europe qu'au début du siècle dernier. La diphtérie n'est devenue véritablement une maladie fréquente que depuis cette même époque.

Quant à la maladie que nous appelons actuellement grippe, son apparition semble très difficile à préciser. Depuis une première épidémie en 1414, il y eut de nombreuses recrudescences, appelées tour à tour follette, tac, horion, petite-peste, influenza et enfin grippe. Voilà la description que donne Félibien de la première épidémie : « C'estoit une espèce de rhume qui causa un tel enrrouement que le Parlement et le Chastelet furent obligez d'interrompre leurs séances. On dormoit peu et l'on souffroit de grandes douleurs de teste, aux reins et par tout le reste du corps. Mais le mal ne fut mortel que pour les vieilles gens de toute condition. » Ce tableau ressemble beaucoup à la plu-

part des épidémies de grippe. C'est lors d'une grande épidémie, en 1775, qu'on adopta pendant longtemps l'appellation d'influenza. On connaît, en outre, une épidémie importante de la fin du siècle dernier et celle de 1918, particulièrement grave.

Lorsque l'épidémie d'encéphalite éclata, il y a une douzaine d'années, on put croire qu'il s'agissait d'une maladie nouvelle. On a tôt fait de découvrir que l'encéphalite avait été décrite il y a longtemps par Camerarius, puis revue au ^{xix}^e siècle, en Italie.

D'ailleurs, d'une manière générale, doit-on dire que toutes les maladies que nous venons d'énumérer n'existent que depuis le moment où elles ont été signalées par les médecins? Certainement pas. On sait que la peste existe en Egypte depuis le ⁱⁱⁱ^e siècle avant l'ère chrétienne, que le choléra sévit aux Indes à l'état endémique depuis plusieurs siècles. Il est même curieux de voir que la fièvre de Malte n'existant en Europe que depuis une cinquantaine d'années à peine, avait été décrite par Hippocrate (Livierato).

Il ne s'agit donc pas dans tous ces cas de maladies nouvelles à proprement parler, mais simplement de *maladies acclimatées*. Il n'est pas douteux que ce phénomène de migration des maladies n'ait joué un rôle important dans l'histoire. On a pu aller jusqu'à prétendre que le paludisme a joué un rôle considérable dans la décadence de l'empire romain et que l'ankylostomiase a vaincu l'Egypte des Pharaons et a arrêté l'évolution de l'empire Céleste (Martini, Bruns, etc.).

On connaît l'histoire de la syphilis qui est tout à

fait typique et montre bien la rapidité de l'acclimatation d'une maladie.

Les *maladies par carence et les intoxications* ont des caractères communs avec les maladies infectieuses en ce qu'elles frappent facilement les communautés. Il suffit d'une hygiène alimentaire défectueuse pour créer une maladie nouvelle chez tout un peuple. Il en est ainsi du béri-béri en Orient; il en fut ainsi du scorbut en Europe. Le rachitisme aurait sévi en Angleterre au début du xvii^e siècle à la manière d'une véritable épidémie. Le goître exophtalmique et les goîtres simples dûs vraisemblablement à une carence iodée sont certainement de date récente. La description du goître exophtalmique fut faite par Graves en 1835, par Basedow en 1840.

Toute la pathologie fonctionnelle de la circulation, de la respiration, du système nerveux et des sécrétions internes date presque d'hier. Faut-il croire pour cela que ces maladies n'existaient pas avant d'être décrites? Cela est absurde et pour croire à l'authenticité d'une maladie nouvelle, il faudrait la voir naître sous nos yeux et savoir que la cause qui l'a fait naître est une condition nouvelle de l'existence ou bien une mutation brusque de l'organisme attaqué ou de l'agent agresseur.

*
**

Tout ce que nous avons dit jusqu'ici n'est pas du tout convaincant pour l'existence de maladies nouvelles; il s'en dégage au contraire nettement l'impres-

sion qu'il n'y a rien de nouveau dans la nosologie et que ce n'est que nos connaissances qui évoluent et que ce n'est que notre civilisation qui facilite l'acclimatation des maladies. Et il est certain que les progrès qui viennent d'être accomplis concernant les moyens de locomotion vont être un facteur de dispersion des diverses maladies infectieuses, de même que les progrès de la chimie faciliteront les empoisonnements par de nouveaux corps toxiques. Nous n'en donnons d'autre exemple que celui des gaz toxiques. Il est, en outre, vraisemblable que les conditions de l'existence se modifiant sans cesse, des nouvelles maladies par carence et par troubles nutritifs sont créées.

CHAPITRE IV

MALADIES MODIFIÉES

A notre avis, les faits concernant la modification des aspects cliniques des maladies sont bien plus troublants et bien plus difficiles à expliquer encore que la disparition et la naissance de celles-ci. En effet, nous ne savons pas si les maladies éteintes ont définitivement disparu ou non et, d'autre part, nous ne trouvons que fort peu d'exemples de maladies nouvelles authentiques.

Par contre, nous possédons quelques exemples de maladies modifiées dans leur allure clinique, dans leur fréquence, dans leur pronostic ou dans leur comportement vis-à-vis des agents thérapeutiques qui sont indiscutables et actuellement inexplicables.

Un premier exemple est celui de la *pneumonie franche, aiguë*. Nous possédons des descriptions précises de la pneumonie, datant d'à peine plus de cinquante ans et faites par des cliniciens impeccables. Or, cette pneumonie actuellement n'existe presque plus. Les voyons-nous avec d'autres yeux, le microbe a-t-il subi

une mutation ou notre organisme réagit-il autrement? Nous n'en savons rien mais les faits n'en sont pas moins là. Chaque médecin le sait, mais nous n'en avons vu faire mention jusqu'ici que dans l'ouvrage de Ch. Nicolle.

Un autre cas, bien connu celui-ci, est le changement d'aspect de la *syphilis*. Lorsqu'on lit les descriptions des auteurs de la fin du *xv^e* siècle ou du commencement du *xvi^e* siècle, on a nettement l'impression d'une maladie infectieuse virulente à allure épidémique ne ressemblant nullement à ce que nous connaissons actuellement sous le nom de syphilis. On peut chercher à expliquer cette modification par le fait que la syphilis a trouvé un terrain neuf en Europe, ce qui n'est évidemment qu'une supposition gratuite. Il est certain aussi que le domaine de la syphilis s'est trouvé beaucoup moins nettement délimité aujourd'hui.

Un autre cas curieux est celui du *rhumatisme articulaire aigu*. Chacun sait actuellement que la description de Bouillaud, pour magistrale qu'elle soit, est très incomplète. Nous connaissons aujourd'hui de nombreuses formes absolument insoupçonnées de l'auteur classique. Il est vraisemblable qu'il ne s'agit là que d'une illusion et que ces formes existaient mais ne furent pas rattachées au rhumatisme articulaire. On pourrait alors dire autant de la tuberculose dont les formes légères ne purent trouver place dans la description ancienne de la phtisie.

Il en est autrement du cas de la *méningite cérébro-spinale*. La modification de cette maladie a consisté

dans le fait qu'elle est devenue insensible au sérum anti-méningococcique, alors que ce sérum avait encore, il y a dix ans, une action curative nette sur elle. Nous manquons de compétence pour prendre part au débat toujours ouvert sur cette importante question. Est-ce le microbe qui a subi des mutations, est-ce la fabrication du sérum qui est défectueuse, nul ne saurait le dire.

Pour ce qui concerne la modification de la fréquence il est très difficile de se faire une idée à ce sujet. Nous nous contentons de mentionner le cas du *cancer*. On a prétendu que la fréquence des tumeurs malignes allait sans cesse en augmentant. Il nous paraît évident que l'augmentation *apparente* de la fréquence est uniquement due au perfectionnement de nos moyens de dépistage. Nombreux cancers ont passé autrefois inaperçus jusqu'à la mort ou bien ont été pris pour une autre maladie.

**

Qu'est-ce que nous pouvons retenir de tous ces cas ? Il y a d'une part des faits troublants et inexplicables, d'autre part des apparences. Parmi les faits consistant en véritables modifications, il y a la pneumonie franche aiguë, la syphilis et la méningite cérébro-spinale.

Les apparences sont dues d'une part au perfectionnement de nos moyens diagnostiques (tuberculose, cancer), d'autre part, également aux progrès de la thérapeutique.

Qu'il nous suffise de dire ici que la vaccination et la sérothérapie préventive ont créé des formes nouvelles de fièvre typhoïde et de tétanos. Les progrès du traitement spécifique ont transformé complètement certaines formes de syphilis : on ne voit plus guère dans le tabès la grande atxie, décrite il y a cent ans. Il en est encore ainsi de certaines affections chirurgicales : tumeurs bénignes, péritonites, etc.

CHAPITRE V

LES FACTEURS DE L'ÉVOLUTION HISTORIQUE

Nous avons vu jusqu'ici qu'il était incontestable que les maladies évoluaient comme la vie elle-même, mais que nous avons relativement peu de preuves nettes de cette évolution. Dans ce chapitre, nous allons analyser en détail les facteurs de cette évolution de la nosologie et en chercher les modalités et les limites. Nous réservons le rôle de l'effort humain pour un chapitre spécial.

Nous étudierons tout d'abord les facteurs qui créent une *apparence* d'évolution pour nous étendre ensuite sur les causes d'une évolution *réelle*.

*
**

Nous avons vu dans les exemples précédemment rapportés combien il est difficile et même impossible de fixer le moment d'apparition ou le moment de disparition d'une maladie.

Une première et importante cause d'erreur est dans

l'évolution des doctrines médicales qui font envisager les maladies de plusieurs *points de vue* distincts. D'après ce que nous avons dit, au début de notre travail, les maladies peuvent être décrites en se basant sur leur aspect clinique, sur les lésions anatomiques, sur leur étiologie, sur les troubles fonctionnels dont ils s'accompagnent, sur leur pathogénie, etc. Ainsi, pour prendre comme exemple la tuberculose, elle a pu être appelée cliniquement la phtisie, anatomo-pathologiquement la tuberculose, étiologiquement la bacillose.

Encore plus instructif est le cas de la fièvre typhoïde. L'ancienne description des typhus était purement clinique, elle pouvait s'appliquer sur la forme ataxo-adynamique de n'importe quelle septicémie. A l'aide de la méthode anatomo-clinique, Louis a pu décrire une maladie caractérisée par des lésions intestinales particulières et méritant le nom de dothiérien-térie. La microbiologie, à son tour, a montré que cette septicémie à allure typhoïdique et à lésions intestinales particulières était due au bacille d'Eberth.

Dans certains cas, l'application d'un point de vue nouveau aurait pu faire croire qu'on avait découvert une maladie nouvelle. On n'a fait, en réalité, que de l'intégrer dans le cadre d'une classification spéciale.

La médecine moderne a procédé et procède encore actuellement à un démembrement et un regroupement continuels. Il y a là un travail de *différenciation* et d'*intégration* qui crée des petits syndromes et des édifices nosologiques imposants comme par exemple celui de toutes les formes de la syphilis.

Le cadre nosologique clinique est actuellement complètement démembré. Si l'on parle encore de fièvre typhoïde, cela sans aucune intention clinique, mais simplement pour désigner la septicémie éberthienne. Un cas intéressant dans cet ordre d'idées est celui de la fièvre de Malte. Elle a dû être confondue autrefois dans la masse vague des fièvres, puis a été incorporée dans la fièvre typhoïde (les formes sudorales de cette maladie décrite par Jaccoud ne seraient autre chose que des cas de mélitococcie) pour s'épanouir enfin de nos jours et prendre le nom de brucellose dans un cadre étiologique.

Lorsqu'on réfléchit sur les multiples façons d'envisager les maladies il est impossible de ne pas voir que les prétendues maladies nouvelles ne sont simplement que des sortes d'illusions optiques. Lorsque Dieulafoy décrivit l'appendicite, il ne prétendit nullement de découvrir une maladie nouvelle. C'était simplement un cas du démembrement de l'ancienne entité des péritonites ou de fièvres pernicieuses.

Ajoutons enfin comme cause d'erreur la question des « modes » en médecine. Il y a des époques où certaines maladies présentent une floraison insolite, simplement à cause de leur nouveauté ; nous avons vu plus haut le scorbut, il en fut ainsi de l'appendicite et il en est ainsi actuellement de la colibacillose.

Nous en arrivons aux causes véritables de l'évolution historique. Les causes que l'on peut invoquer théoriquement sont nombreuses; si nous en mentionnons un certain nombre ici, ce n'est pas parce que nous croyons qu'elles interviennent toutes, c'est plutôt parce que ne nous savons pas lesquelles jouent un rôle réel.

Nous avons déjà schématisé plus haut la maladie en disant que c'était une modification des relations normales qui existaient entre l'être vivant et le milieu. Or, cette modification peut tenir à deux causes principales : transformation du milieu d'une part, transformation de l'individu de l'autre.

La transformation du milieu est intéressante à étudier pour les maladies microbiennes. On sait qu'une maladie infectieuse est essentiellement le comportement de l'organisme attaqué par un microorganisme pathogène. La notion de pathogénie se traduit sur le terrain biologique par une *adaptation*; autrement dit, un microbe pathogène est un microbe qui peut coloniser l'organisme en question, qui lui est, par conséquent, adapté. Le problème des maladies infectieuses nouvelles se réduit en somme à une question d'adaptation d'une espèce microbienne sur une espèce animale; sur celle de l'homme en particulier.

D'après Ch. Nicolle, l'évolution des microorganismes est telle que les maladies infectieuses naissent à un moment donné, atteignent leur apogée, puis meurent. Le nombre des microbes pathogènes par rapport aux saprophytes est infime, mais à la suite des diver-

ses conditions de l'existence un saprophyte peut devenir pathogène et vice-versa.

On sait qu'expérimentalement on peut exalter la virulence d'une culture microbienne par divers procédés, en particulier par les passages successifs dans des milieux de culture ou dans des organismes appropriés (Pasteur). D'après Ch. Nicolle, voilà les sources possibles de nouvelles maladies infectieuses :

- a) Infection venant d'un autre animal;
- b) Infection inapparente devenue maladie caractérisée;
- c) Restitution d'une virulence perdue.
- d) Mutation brusque.

Chacun de ces cas mérite d'être examiné en particulier.

On sait qu'une grande partie des maladies infectieuses est particulière à une seule ou à un tout petit nombre d'espèces animales ; alors que d'autres sont communes à des groupes zoologiques plus ou moins vastes. Qu'il y a des échanges de microbes entre les animaux, c'est évident, mais nous n'avons pas vu jusqu'ici qu'un microbe adapté à une espèce définie devienne virulent pour une espèce jusqu'alors indemne. Cela est possible mais dans les temps historiques de la médecine, le facteur n'a pas encore joué un rôle important.

Dans des expériences de laboratoire, on peut inoculer certaines maladies à des espèces qui n'en sont jamais atteintes spontanément, mais nous ne savons pas comment cela se passe dans la nature.

A ce point se rattache la question des *hôtes intermédiaires*. On connaît le rôle d'une importance primordiale que ceux-ci jouent dans certaines maladies infectieuses. On peut dire sans nullement exagérer que sans Anophili il n'y a pas de paludisme, sans rat, pas de peste, sans la mouche Tsé-tsé pas de maladie du sommeil, etc. Les cas analogues sont extrêmement nombreux. Or, dans ces cas-là, on conçoit fort bien qu'au moment où l'hôte disparaît, la maladie n'existe plus pour l'homme, malgré la persistance du microbe. Nous verrons d'ailleurs que la médecine préventive attaque volontiers ces maladies-là à ce point faible qu'est l'existence d'hôtes intermédiaires.

Le rôle des *infections inapparentes* en tant que sources de maladies nouvelles est encore moins clair. Certaines infections existant à l'état latent peuvent sûrement s'extérioriser à la faveur de conditions spéciales mais alors c'est le terrain qui s'était modifié, non pas l'agent infectieux.

La restitution d'une virulence perdue se fait couramment au laboratoire. Une source microbienne vieillie en culture devient avirulente, mais peut récupérer son pouvoir pathogène par passages successifs dans un organisme réceptif. Là encore, si les faits théoriques démontrent la possibilité de maladies nou-

velles venant de cette source, la pratique n'a jusqu'ici pas donné l'exemple.

Reste enfin la possibilité des *mutations* sur laquelle la science moderne insiste de plus en plus et qui, pour Nicolle, offrirait la source la plus fréquente de maladies nouvelles. Sous l'influence de facteurs totalement inconnus de nous, un microbe deviendrait subitement pathogène pour une espèce donnée et ainsi les nouvelles maladies infectieuses — comme dit Ch. Nicolle — apparaissent « comme Minerve apparut, sortie tout armée du cerveau de Jupiter ».

Il est parfaitement défendable que certaines grandes épidémies de maladies inconnues aient résulté d'une telle adaptation quoique nous n'ayons aucune preuve pour le prouver.

D'ailleurs, H. Bouquet critique les preuves de Nicolle quant à la production de maladies infectieuses nouvelles. Ces faits touchent au problème fondamental de la biologie, au problème de l'évolution de la vie. On sait que des adaptations extrêmement complexes ont été possibles dans les temps géologiques, adaptations qui ont conduit aux formes actuelles des êtres vivants. Par contre, on n'en a jamais vu s'en produire sous nos yeux, ni l'expérimentation n'a pu en provoquer.

*
**

Lorsqu'on quitte le domaine des maladies infectieuses, il est déjà beaucoup plus facile de parler de remaniements de la nosologie. Les habitudes alimentaires, les mœurs, les objets environnants changent constam-

ment et l'on conçoit que les maladies traumatiques, toxiques, et les maladies par carence puissent se modifier en même temps.

Nous avons vu que des carences collectives d'une communauté ont pu produire le scorbut, le rachitisme, le béri-béri, etc. Des intoxications professionnelles, médicamenteuses, alimentaires, etc., ont produit des syndromes dus au mercure, au plomb, à l'antimoine, plus récemment à l'aniline et bien d'autres corps encore. Dans cette voie-là, la possibilité de maladies nouvelles est illimitée, comme il est évident que les maladies dépendent uniquement des conditions qui les ont créées et disparaissent en même temps que ces conditions. Lorsqu'un hasard quelconque a fait naître une maladie infectieuse, celle-là peut persister même lorsque la condition initiale a disparu, puisque une infection vit d'une existence propre à elle. Par contre, une carence ou une intoxication obéit à l'adage : *Sallata causa tollitur effectus*.



Un dernier point qu'il nous faudra éclaircir dans ce chapitre, c'est celui des modifications du *terrain*. On peut admettre théoriquement qu'à la suite d'un changement de sa constitution l'homme peut devenir sensible à certains facteurs morbigènes auxquels il fut auparavant insensible.

En fait de modification du terrain, il en faut envisager deux catégories : les modifications spontanées

par mutations qui deviennent héréditaires, et les modifications imprimées par le milieu qui sont acquises et ne se transmettent pas par l'hérédité.

Certes, les *mutations* sont capables de créer des anomalies héréditaires, constituant soit des infirmités, soit de véritables maladies. Nous voulons parler de l'hémophilie, des anomalies anatomiques des membres (phocomélie, synostose, cranio-faciale, bec-de-lièvre, etc.), des maladies héréditaires du système nerveux (maladie de Friedreich), du muscle, de la peau, de l'œil, etc.

Un processus analogue pourrait rendre l'homme moins résistant à certains microbes, à certaines toxines, ce qui expliquerait peut-être la réceptivité particulière de certaines races ou de certaines familles à la tuberculose et ce qui serait peut-être une explication de l'idiosyncrasie.

Pour ce qui concerne les *modifications acquises*, elles peuvent jouer des rôles identiques. Une intoxication chronique, un changement de climat, une carence peuvent rendre sensibles certains individus à certains agents pathogènes. On a vu que certains corps pouvaient sensibiliser l'homme à l'action de la lumière et créer ainsi de nouvelles maladies.

Un autre point important est au contraire la perte acquise de la sensibilité à certains microbes ou à certains poisons, pouvant être un facteur d'extinction des maladies. Certes, schématiquement, un groupement humain peut être comparé à un bouillon de culture dans lequel les matériaux nutritifs s'épuisent et qui,

en quelque sorte, s'immunise spontanément contre le microbe qui le colonise, mais la réalité est beaucoup plus complexe. On n'a pas encore constaté la disparition spontanée d'une maladie infectieuse même après avoir immunisé toute la population. C'est que les caractères acquis ne sont pas transmissibles et les nouveau-nés naissent sensibles, donnant ainsi de nouvelles proies à la maladie.

CHAPITRE VI

LA NATURE ET L'EFFORT HUMAIN

Avant de terminer notre travail, il nous paraît nécessaire de chercher les conséquences pratiques des faits et considérations qui précèdent. Après avoir analysé les divers facteurs qui créent et qui font disparaître les maladies, nous allons délimiter la valeur de celui qui nous importe le plus : l'effort humain.

La doctrine hippocratique insiste sur la notion de *la natura medicatrix* dont le médecin n'est que l'auxiliaire. Certains points concernant la nature médicatrice ont pu être analysés par la biologie moderne. Certes, l'organisme se défend contre l'attaque qui tend à en modifier la forme ou la composition, mais cette défense n'a qu'une valeur individuelle. Nous avons vu que l'immunité ne se transmettait pas héréditairement, tout au moins que nous n'avons jamais vu se former sous nos yeux une immunité héréditaire.

D'une façon très générale, nous ne pouvons guère affirmer que la Nature seule peut faire naître ou faire disparaître des maladies. Cela est infiment probable,

mais nous ne l'avons jamais vu et nous n'en avons pas de témoignage historique valable.

*
**

Toutes les maladies authentiquement nouvelles ou sûrement éteintes portent l'empreinte de l'homme et en particulier de la civilisation. L'effort de l'homme est donc une arme à double tranchant; il peut, d'une part, combattre les maladies au point de les faire rétrocéder plus ou moins complètement, mais elle peut également en créer des nouvelles parfois sciemment.

Pour ce dernier cas, nous n'insistons pas. Nous en avons déjà suffisamment parlé plus haut. Des conditions alimentaires artificielles peuvent créer des maladies par carences; la physique moderne, en mettant en œuvre des radiations, des pressions, des températures anormales, la chimie en inventant ou en isolant de nouveaux corps toxiques, sont responsables de nouveaux dégâts. On a déjà discuté surabondamment des méfaits de la science à ce point de vue-là.

Voyons maintenant si philosophiquement les avantages de la science suffisent pour contrebalancer ses effets néfastes.

Au cours des chapitres précédents nous avons vu des exemples éclatants de *l'efficacité* non douteuse de l'effort humain. La rétrocession de la lèpre, la quasi-disparition de la variole, de la rage, du scorbut, etc., sont des témoignages indubitables.

En dehors de ces cas nets, nombre d'autres mala-

dies sont en disparition progressive : la peste, le choléra, le tétanos, la diphtérie, certaines intoxications professionnelles, l'ankylostomiase.

Des efforts tels que ceux qu'on a fourni récemment au Maroc ou en Italie pour faire disparaître le paludisme ne peuvent faire douter un instant de l'efficacité de l'hygiène. Si nous ne pouvons rien devant des fléaux tels que la tuberculose ou le cancer, c'est parce que nous n'en connaissons pas de thérapeutique réellement efficace.

L'hygiène n'a point besoin d'une apologie. La mortalité est en baisse continue et on est allé jusqu'à rendre l'hygiène responsable de la crise économique et du chômage actuel. En réalité, c'est le plus bel aveu de son efficacité qu'on a pu faire.

L'effort humain est-il capable de faire disparaître complètement une maladie? Nous entendons par disparition complète non seulement la rétrocession dans une région plus ou moins vaste, mais la suppression complète, sans possibilité de retour. Il faut avouer que cela ne s'est encore jamais produit, et il est fort peu probable qu'il se produise. Il faut que nous nous rendions compte des limites de l'effort humain. Il ne peut exterminer une espèce microbienne, tout au plus peut-il en préserver l'homme, en renforçant le terrain ou en faisant la guerre à l'hôte intermédiaire. Le microbe est un ennemi insaisissable qu'on peut tout au plus affamer ou faire dériver sur un autre sujet que l'homme. Pour ce qui concerne les maladies toxiques ou carencées, on ne peut bien entendu pas parler de

disparition puisque l'expérimentation peut toujours les reproduire.

D'ailleurs, pratiquement, rétrocession ou disparition complète ont presque la même valeur, sauf si l'on envisage la chute de notre civilisation en faisant sombrer toute la science moderne.



Comment devons-nous répondre, dès lors, à cette question précise : les maladies existant sur terre sont-elles les mêmes actuellement que celles qui frappèrent l'humanité il y a deux mille ans ? Les maladies ne sont plus les mêmes, ceci est à peu près complètement acquis, mais il importe de préciser les modalités des transformations subies.

Il est infiniment vraisemblable que les maladies se modifient, évoluent spontanément ou sous des influences qui nous échappent, mais nous n'en avons aucune preuve certaine. Par contre, les rétrocessions ou la production artificielle de maladies est un fait incontestable et deviendra de plus en plus courant à mesure que la science progressera.

Il y a en somme deux problèmes dans notre sujet : la destinée des maladies sans aucune intervention humaine et, d'autre part, le rôle de l'effort humain dans leur naissance et dans leur disparition.

Le premier de ces problèmes appartient à la biologie générale et est connexe à celui de l'évolution, de l'adaptation, des mutations, etc.

Le second problème, par contre, dont l'intérêt pratique est plus grand, est entièrement un problème d'hygiène. Nous avons vu que l'étude de ce problème donnait une idée fort satisfaisante de la valeur de la médecine hygiénique, de ses méthodes et de ses résultats.

CONCLUSIONS

1° L'étude des maladies éteintes et des maladies nouvelles est susceptible de fournir des éclaircissements sur la valeur de la médecine et en particulier sur celle de l'hygiène.

2° Il n'existe dans l'histoire de la médecine aucun cas authentique de disparition complète d'une maladie; tout ce qu'on peut affirmer c'est qu'il y a eu des modifications de la distribution géographique, spontanées ou artificielles.

3° Il n'existe pas, de même, de véritable maladie nouvelle spontanée. Toutes les maladies plus ou moins récemment apparues sont le résultat d'une intervention humaine presque toujours inconsciente.

4° On a pu constater quelques cas inexplicables de modification spontanée de l'aspect clinique, de la virulence ou de réaction à l'agent thérapeutique spécifique (pneumonie franche aigüe, syphilis, méningite cérébro-spinale).

5° Ce qui a pu faire croire à la disparition et à la naissance incessante des maladies, c'est l'évolution des

doctrines médicales elles-mêmes. On redécouvrit les maladies d'un point de vue nouveau.

6° Malgré l'absence de preuve, il est théoriquement admissible que la nosologie se renouvelle. Les microbes peuvent subir des mutations qui modifient leur virulence; les changements géologiques modifient les conditions, etc. Il s'agit là d'un problème appartenant à celui de l'évolution générale des êtres vivants.

7° Les seuls faits incontestables concernent l'efficacité réelle de l'effort humain, aussi bien pour créer de nouvelles maladies (carence, intoxication, etc.) que pour les combattre. Encore ne doit-on pas espérer de faire disparaître des maladies, tout au plus peut-on leur faire céder du terrain.

On peut rappeler ici la phrase de Pasteur à propos des questions d'activité de virus : « Et voilà que la virulence nous apparaît sous un jour nouveau qui ne laisse pas d'être inquiétant pour l'humanité. A moins que la nature, dans son évolution, à travers les siècles passés ait déjà rencontré toutes les occasions de production des maladies virulentes et contagieuses, ce qui est fort invraisemblable. »

Vu : le Doyen de la Faculté,
G. ROUSSY,

Vu : le Président de thèse,
M. TANON, Professeur.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGLADA. — *Etude sur les maladies éteintes et les maladies nouvelles*. Paris, 1869.
- BOUQUET. — *Maladies nouvelles* (Monde Méd.), 1^{er} juillet 1930. /
- BRUNS. — *Münch. Med. Woch.*, 17 mars 1933.
- CALMEIL. — *Description des grandes épidémies qui ont atteint les populations d'autrefois*. Paris, 1845.
- CASTIGLIONE. — *Histoire de la médecine*. Paris, 1932.
- FÉLIBIEN. — *Histoire de Paris*.
- FUSTER. — *Des maladies de la France*. Paris, 1840.
- JENSELME. — *La lèpre à travers les âges* (Progrès Méd., 1929, n° 10).
- MALEBRANCHE. — Cité par Th. de Bordeu, *Œuvres compl.*, 1818, t. II, p. 679.
- MARTINI. — *Klinische Woch.*, 7 janvier 1933.
- NICOLLE Ch. — *Naissance, vie et mort des maladies infectieuses*. Paris, 1930.

PATIN Guy. — *Lettres*, t. III, p. 441.

PLUTARQUE. — Trad. Amyot, t. II, p. 224.

SPRENGEL. — *Maladies nouvelles*. Paris, 1833.

HIRSCH. — *Les grandes maladies populaires du Moyen-Age*, 1865.

— *Hygiène et grandes épidémies* (Journal des Sciences Médicales de Lille, 1931, n° 20).

